Aus der Königl. Chirurgischen Universitäts-Klinik Halle.
Dir.: Prof. Dr. Schmieden.

KRITISCH-DIAGNOSTISCHE STUDIE ÜBER DIE TUBERKULÖSEN ERKRANKUNGEN DER ILEOZOEKALGEGEND.

HABILITATIONSSCHRIFT

ZUR

ERLANGUNG DER VENIA LEGENDI FÜR DAS FACH DER CHIRURGIE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER VEREINIGTEN FRIEDRICHS-UNIVERSITÄT

HALLE-WITTENBERG

VON

DR. MED. **PAUL ZANDER**
ASSISTENZARZT DER CHIRURGISCHEN UNIVERSITÄTS-KLINIK
ZU HALLE.

HALLE A. S.
C. A. KAEMMERER & CO.
1914.

Aus der Königl. Chirurgischen Universitäts-Klinik Halle.
Dir.: Prof. Dr. Schmieden.

KRITISCH-DIAGNOSTISCHE STUDIE ÜBER DIE TUBERKULÖSEN ERKRANKUNGEN DER ILEOZOEKALGEGEND.

HABILITATIONSSCHRIFT

ZUR

ERLANGUNG DER VENIA LEGENDI FÜR DAS FACH DER CHIRURGIE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER VEREINIGTEN FRIEDRICHS-UNIVERSITÄT

HALLE-WITTENBERG

VON

DR. MED. **PAUL ZANDER**

ASSISTENZARZT DER CHIRURGISCHEN UNIVERSITÄTS-KLINIK ZU HALLE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

HALLE A. S.
C. A. KAEMMERER & CO.
1914.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546024_0025

I.

Die Diagnose der Erkrankungen der Bauchhöhle bietet infolge der in Betracht kommenden Zahl der Krankheitsprozesse und der topographisch engen Lagebeziehungen ihrer Organe, die durch entzündliche und neoplastische Veränderungen sich noch weiter komplizieren können, oft große Schwierigkeiten. Die Bestimmung der Ausgangsdiagnose scheitert zuweilen an der großen Ähnlichkeit der klinischen Bilder. Um zu einer schärferen Umgrenzung und besseren Kenntnis der in Betracht kommenden Leiden zu gelangen, scheint mir eine epikritische Darstellung von Fällen, die durch chirurgische Autopsie geklärt sind, wertvoll. Dieser Gesichtspunkt, liegt einer seit kurzem begonnenen Arbeit zugrunde, die ein Beitrag zur Differentialdiagnose einiger Abdominalerkrankungen sein soll. Ein Teilgebiet, die isolierte Tuberkulose des Zoekums und der Mesenteriallymphknoten, das infolge seiner Seltenheit besonderes Interesse beansprucht, möchte ich in nachstehender Abhandlung veröffentlichen.

Die isolierte Ileozoekaltuberkulose unterscheidet sich von den tuberkulösen Erkrankungen des Darmes pathologisch-anatomisch und klinisch in mehrfacher

Hinsicht. Während die Allgemeine Darmtuberkulose sich durch diffus-ulzeröse Prozesse charakterisiert, treten diese bei ihr in den Hintergrund gegenüber proliferativen Vorgängen. Sie führen zur Bildung von Tumoren. Diese Eigenschaft der isolierten Ileozoekaltuberkulose bedingt auch klinisch eine Sonderstellung, die sowohl für die Diagnose als auch die Therapie von Bedeutung ist.

Ich gebe die Krankengeschichte einiger im letzten Jahr in unserer Klinik beobachteter Fälle in kurzem Auszug wieder.

Fall I. M. G., 24 Jahre alt, wurde uns letzten Herbst aus einer hiesigen Klinik mit der Diagnose Blinddarmentzündung zugeführt.

Patientin will immer gesund und arbeitsfähig gewesen sein. Vor drei bis vier Tagen traten heftige Schmerzen im Unterleib auf. Genauere Angaben sind nicht zu erzielen, da Patientin nur polnisch spricht.

Es handelt sich um eine derb gebaute Frau von blassem Aussehen und etwas dürftigem Ernährungszustande. Es besteht Fieber von 39° und eine druckschmerzhafte Resistenz in der Blinddarmgegend. Die allgemeine Untersuchung ergibt keinen pathologischen Befund.

Die Diagnose wird auf akute perforierte Appendizitis mit Abszeß gestellt.

Das Fehlen einer progredienten Peritonitis veranlaßt zunächst zu rein exspektativer Behandlung. Nach vier Wochen wird, da der Abszeß sich nicht verkleinerte, die extraperitoneale Eröffnung desselben vorgenommen. Dabei gelangt man in eine von

schwammigen Granulationen ausgekleidete Höhle, die nur wenig, nicht stinkenden Eiter enthält. Eine nach der Operation zurückbleibende Fistel zwingt nach zwei Monaten wieder zur Laparatomie. Bei dieser zeigt sich eine an der Valvula Bauhini scharf abschneidende Tuberkulose des Zoekums. Da wegen der festen Verwachsungen eine Resektion der erkrankten Darmpartie unmöglich ist, wird die unilaterale Ausschaltung durch End-zu-Seit-Anastomose vom Ileum zum Kolon transversum ausgeführt.

Patientin wird auf ihren dringenden Wunsch noch vor völliger Heilung entlassen. Der Tumor ist eben noch fühlbar. Es besteht nur noch geringfügige Sekretion der Fistel.

Fall II. A. L., 20 Jahre alt, gibt an bis auf einen Bluthusten vor zwei Jahren immer ganz gesund gewesen zu sein. Ohne irgend welche Vorboten erkrankte sie vor einem halben Jahre plötzlich mit heftigen Schmerzen im rechten Unterbauch und Fieber. Unter der Annahme einer Blinddarmentzündung wurde sie am zweiten Krankheitstage operiert. Zur Beseitigung einer danach zurückbleibenden Fistel wird sie in unsere Klinik eingeliefert.

Bei dem sehr blassen Mädchen mit erheblich reduziertem Ernährungs- und Kräftezustande fühlt man eine über faustgroße unverschiebliche Geschwulst im rechten Unterbauche. Die Beschaffenheit der Fistel und der Nachweis einer Lungentuberkulose lassen keinen Zweifel an der tuberkulösen Natur des Leidens.

Bei der Laparatomie zeigt sich ein großer tuberkulöser Ileozoekaltumor. Da wegen seiner Ausdeh-

nung eine Resektion der erkrankten Darmpartie unmöglich ist, wird sie durch End-zu-Seit-Anastomose des Ileums mit dem Kolon transversum ausgeschaltet.

Der Heilverlauf ist glatt; es tritt eine erhebliche Verkleinerung des Tumors und Besserung des Allgemeinbefindens auf. Patientin befindet sich noch in ambulanter Behandlung.

Fall III. A. H., 34 Jahre alt, Patientin leidet seit drei Monaten an leichter Übelkeit, Abmagerung und Kollern im Leibe. Allmählich traten krampfartige Schmerzen in der Blinddarmgegend auf.

Die Untersuchung ergibt bei der wenig abgemagerten etwas blassen aber sonst organgesunden Frau einen Tumor in der rechten Bauchseite. Dieser zeigt freie Verschieblichkeit. Zeitweise fühlt man neben ihm einen meteoristisch geblähten Darmteil, der als letzte Ileumschlinge angesprochen wird. Die Röntgenuntersuchung bestätigt die Annahme eines stenosierenden Prozesses im Zoekum. Im Stuhl, der nicht diarrhoisch ist, werden weder Blut- noch Tuberkelbazillen nachgewiesen. Die Abderhaldensche Reaktion ergibt, daß das Serum der Patientin Karzenom und Sarkom nicht abbaut, dagegen Schleimhaut des Ileums und Zoekums.

Die Diagnose wird auf einen tuberkulösen Zoekaltumor gestellt.

Bei der Operation wird dieser mitsamt dem unteren Ileum und dem Kolon ascendens reseziert.

Die Heilung erleidet durch einen sekundär auftretenden unbedeutenden Bauchdeckenabszeß geringe

Verlängerung. Patientin wird völlig beschwerdefrei in bedeutend gebessertem Allgemeinzustand entlassen.

Unsere drei Fälle sind Paradigmata für die beiden klinischen Erscheinungsformen, unter denen sich die zirkumskripte Ileozoekaltuberkulose äußern kann, indem einerseits eine Appendizitis, andererseits ein Darmtumor, Invagination oder Aktinomykose vorgetäuscht wird. Die auch zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten Veranlassung gebenden Erkrankungen der Adnexe, der Nieren sowie der Leber, des Pankreas u. A. möchte ich, da über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehend, der oben erwähnten späteren Untersuchung vorbehalten.

Die einen Patienten erkranken aus scheinbar völliger Gesundheit heraus plötzlich mit Schmerzen in dem rechten Unterbauch. Unter Fieber und Erbrechen bildet sich eine Resistenz in der Blinddarmgegend. So kann die isolierte Ileozoekaltuberkulose das Bild einer akuten Blinddarmentzündung vortäuschen. Wir laparotomierten Fall I in der Meinung einen perityphlitischen Abszeß vor uns zu haben, während Fall II auswärts unter der Diagnose akute Appendizitis im Frühstadium operiert wurde.

Gibt uns die Anamnese oder der klinische Befund irgendwelche Anhaltspunkte für eine Unterscheidung zwischen der akuten Blinddarmentzündung und der eine Appendizitis vortäuschende Ileozoekaltuberkulose?

Die retrograde Betrachtung unserer Fälle scheint mir dafür zu sprechen, daß, wofern man an die Mög-

lichkeit dieser Erkrankung denkt, eine Klärung unter bestimmten günstigen Verhältnissen zu erreichen ist.

Die Anamnese läßt bei der Diagnosenstellung völlig im Stich. Selbst die Angaben intelligenter Patienten über die Entstehung der Krankheit ergeben nichts, was nicht in das Bild einer Appendizitis passen würde. Bisweilen kann man zwar aus der Schilderung der Art des Schmerzes Verdacht schöpfen und von der falschen Diagnose abgelenkt werden. Bei Ileozoekaltuberkulose hat er meist einen mehr kolikartigen Charakter, der typisch ist für Ileus als Ausdruck einer gesteigerten Peristaltik. Bei Appendizitis wird er meist als mehr dauernd empfunden. Auch das Vorhandensein einer Resistenz läßt zunächst eine akute Perityphlitis sicher erscheinen. Aber wirklich kritischer Überlegung muß eine gewisse Inkongruenz zwischen Anamnese des Patienten und der Beschaffenheit des Tumors auffallen. Der Untersuchungsbefund einer so deutlichen Geschwulst in der Blinddarmgegend steht im Gegensatz zu der Angabe, daß die Krankheit erst ein oder zwei Tage bestehe. Wohl kann eine frühzeitige Perforation einen appendizitischen Tumor bilden, jedoch wird dieser mehr als unbestimmte Resistenz imponieren und nicht als eine so derbe völlig abgegrenzte Geschwulst. Dazu kommt, daß diese meist nicht diejenige enorme Druckschmerzhaftigkeit aufweist, wie wir sie bei einer Appendizitis, die erst wenige Tage besteht und schon ein derartiges Exudat gemacht hat, finden. Selbstverständlich haben diese Anhaltspunkte nur eine Bedeutung, wenn der Arzt früh genug den Patienten sieht; denn später kann ja

auch ein Blinddarmabszeß eine schärfere Abgrenzung aufweisen.

Man könnte denken, daß das Vorhandensein von Durchfall den Verdacht auf eine Tuberkulose erregen müsse. Durchfälle können aber bei Ileozoekaltuberkulose fehlen, so in meinen drei Fällen.

Auch die Leukozytenzählung ist als ein Hilfsmittel für die Diagnose empfohlen worden. Sie kann jedoch auch irreführen. Wir sahen in einem Fall trotz der Leukozytose, die an einen appendizitischen Abszeß denken ließ, einen tuberkulösen. Dieser kann ja durch Perforation, durch eine Eiterung sekundär kompliziert sein. Eine sichere Unterscheidung ist somit durch die Zählung der weißen Blutkörper nicht gewährleistet.

Zuverlässig sind alle diese Anhaltspunkte nicht. Das Einzige auf die richtige Diagnose absolut hinweisende Symptom ist das Vorhandensein von Darmsteifungen. Gelingt es in der Ileozoekalgegend einen gefüllten sich steifenden Darmteil zu tasten, und kann man diesen sicher vom Zoekum abgrenzen, so muß es die letzte Ileumschlinge sein. In unserem Fall III bewies uns dieser Befund eine Stenose im Bereiche des Blinddarms. Dieser Nachweis eines Hindernisses der Darmpassage läßt eine akute Appendizitis mit Sicherheit ausschließen. Allerdings wird derselbe wohl nur selten gelingen, denn bei Fällen mit so akutem Beginne des Leidens, besteht meist eine gewisse Spannung der Bauchdecken, die eine zuverlässige Tiefenpalpation unsicher macht.

Vor andere Schwierigkeiten werden wir gestellt bei der zweiten klinischen Erscheinungsform der Ileozockaltuberkulose. Sie beginnt mit einem mehr oder weniger langen Prodomalstadium, das sich durch Appetitlosigkeit, Blässerwerden, Abmagerung und unbestimmten Beschwerden im Leibe charakterisiert. Erst allmählich treten Zeichen einer zunehmenden Passagestörung des Darmes auf. Die Patienten klagen über Aufstoßen, Völlegefühl, Kollern im Leibe, Auftreten von Durchfall abwechselnd mit Verstopfung und kolikartig sich häufenden Schmerzanfällen. Die objektive Untersuchung ergibt bei vorhandenem oder fehlendem Fieber einen Tumor in der Blinddarmgegend. Die Diagnose eines stenosierenden Prozesses ist sicher. Schwierig ist nur die Erkennung der Natur desselben.

Handelt es sich um eine chronische Invagination, um ein Neoplasma, oder handelt es sich um eine Tuberkulose?

Die Ähnlichkeit der zirkumskripten Ileozoekaltuberkulose einerseits mit Tumoren des Blinddarms andererseits stellt unser diagnostisches Können vor große Schwierigkeiten.

Sind wir imstande aus dem klinischen Befunde oder Verlauf irgendwelche Anhaltspunkte für die Unterscheidung zu gewinnen?

Bisweilen können wir schon aus der Anamnese Hinweise auf die Art des vorliegenden Leidens erhalten. So sprach in unserem Fall das jüngere Alter der Patientin mit einiger Wahrscheinlichkeit gegen Karzinom. Entscheidende Hinweise werden wir jedoch nur aus dem objektiven Befunde gewinnen. Sehr günstig ist, wenn die Allgemeinuntersuchung einen

anderweitigen Krankheitsherd aufdeckt. So wird das Vorhandensein einer Lungentuberkulose für die tuberkulöse Natur des Tumors sprechen.

Vorhandenes Fieber ist immer mit Vorsicht zu beurteilen; im allgemeinen wird es einen entzündlichen Prozeß wie Tuberkulose oder Aktinomykose wahrscheinlicher machen. Jedoch kommen nicht selten auch bei echten Neubildungen Temperatursteigerungen vor.

Viel versprechend schien der Vorschlag den Ausfall der Tuberkulinreaktion für die Differentialdiagnose der Ileozoekaltumoren zu verwenden. Die Ergebnisse sind jedoch zu unsichere. Einmal ist ihre Anwendung nur bei fieberfreiem Krankheitsverlaufe möglich, andererseits wird man nur das deutliche Auftreten einer Lokalreaktion verwerten können, da eine Allgemeinreaktion auch von anderen latenten tuberkulösen Herden hervorgerufen sein kann.

Absolut entscheidend für die Diagnose kann das Gelingen des Nachweises von Tuberkelbazillen im Stuhle sein, wofern tuberkulöse Erkrankungen der Luftwege und des Nasenrachenraums auszuschließen sind. In unserem Falle ergab die Untersuchung des Stuhles auf Tuberkelbazillen kein positives Resultat.

Das Vorhandensein oder Fehlen von Durchfall läßt keinen sicheren Schluß auf die Natur des Leidens zu, da Durchfälle auch bei Neoplasmen häufig sind, und andererseits wie in unserem Falle fehlen können.

Am wichtigsten ist der Befund des Tumors selbst, wie wir ihn durch die Röntgenuntersuchung und Palpation erheben. Beide geben uns wichtige Aufschlüsse über seine Größe und seine Beziehungen zur Umge-

bung. Die von Schmieden für die Differentialdiagnose zwischen carcinoma und ulcus ventriculi gegebenen Anhaltspunkte verdienen auch für die Unterscheidung von Entzündungen und Neoplasmen des Dickdarms Beachtung. Sie lassen uns aus dem Röntgenbilde Rückschlüsse auf die Gestaltung der pathologischen Prozesse herauslesen und die Veränderungen erkennen, die die Darmwand und sein Lumen dadurch erleiden. Dennoch ist ihre diagnostische Verwertung recht schwierig und bedarf um Trugschlüsse zu vermeiden der Ergänzung und Unterstützung durch den Tatbestand.

Auf eine möglichst genaue Feststellung desselben ist das größte Gewicht zu legen. So gewannen wir in Fall III durch die Palpation eine gewisse Beschaffenheit des Tumors. Es fiel zunächst die Größe und Beweglichkeit auf. Sie ließ eine Aktinomykose, für die auch sonst keine Anhaltspunkte vorlagen, ausschließen, denn diese führt meistens schon frühzeitig zu entzündlicher Mitbeteiligung und Verwachsung mit den Nachbarorganen und der Bauchwand. Dagegen hätte man an Invagination denken können. Das als wurstförmige Resistenz fühlbare Ileumende zusammen mit einem auffälligen Wechsel der Konsistenz und der Größe des ganzen Tumors würde das hauptcharakteristische Moment einer chronischen Invagination darstellen. Auf Grund dieses Befundes hätte man sehr wohl eine Intursusseption des unteren Ileums und des Zoekums annehmen können. Die genauere Untersuchung ergab jedoch, daß die Volumenschwankungen der Geschwulst bedingt waren durch die infolge Abführens erfolgte ausgibige Darmentleerung. Die tu-

morartige Resistenz gehörte, wie oben ausgeführt, mit Sicherheit dem unteren Ileumende an. Hier konnte man sie gegen den eigentlichen deutlich knolligen Zoekaltumor hin verfolgen. Wiederholte Palpation ergab, daß dieselbe nur zeitweise unter kolikartigen Beschwerden auftrat, um dann wieder völlig zu verschwinden. Mit einer chronischen Invagination wäre dieser Befund nicht zu vereinigen gewesen. Vielmehr könnte er nur durch die Annahme einer Geschwulstbildung im Zoekum erklärt werden, die zu zeitweise auftretendem Verschluß des Darmlumens und dagegen ankämpfende Peristaltik des Ileums führte. Auch hätte die Anamnese bei chronischer Invagination einen akuten Beginn des Leidens ergeben müssen. Es blieb somit nur noch die Differentialdiagnose zwischen einer Tuberkulose und echten Neubildungen, von denen die wichtigste das Karzinom ist.

Karzinome des Dickdarms pflegen keine sehr erhebliche Größe zu erreichen. Vielmehr handelt es sich meistens um verhältnismäßig engumschriebene Geschwulstbildungen mit relativ geringer Infiltration der Umgebung. Bei einem tuberkulösen Prozeß kann das Auftreten von Ileus erst spät erfolgen, da derselbe mit ulzerativen Vorgängen einsetzt und somit nur in vorgeschrittenem Stadium einen kompletten Darmverschluß bedingt. Kommt es zu diesem, so hat meistens die Krankheit schon so lange bestanden, daß der Tumor eine erheblichere Größe erlangt hat. Dann ist auch oft schon die Nachbarschaft durch entzündliche Vorgänge affiziert.

Ein sicheres Kriterium haben wir in dem eben Ausgeführten nicht zu erblicken. Ein kürzlich beob-

achteter Fall von Tumor des Kolon deszendens führte uns durch die erhebliche Größe, sowie ausgedehnte Verwachsungen zu der Annahme einer Tuberkulose, während die Operation ein Karzinom aufdeckte.

In Fall III ergab die Palpation einen apfelgroßen Tumor mit scharfer Begrenzung, ein für ein Karzinom mit relativ geringfügigen Stenoseerscheinungen auffällige Tatsache. Auch die Härte, die das Karzinom auszeichnet, konnte in unserem Falle, dessen dünne Bauchdecken eine sehr genaue Betastung zuließen, nicht konstatiert werden.

Sehr viel versprechend ist der Ausfall der Abderhaldenschen Reaktion. Sie wird die Entscheidung für oder gegen Karzinom und Tuberkulose bei sonst unentschiedenem Befunde fällen können. Sie allein ermöglicht auch schon die Differentialdiagnose der Natur des vorliegenden Neoplasmas, insbesondere ob es sich um ein Karzinom oder Sarkom handelt. Erwähnen möchte ich, daß die Abderhaldensche Reaktion auch Hinweise für die Organdiagnose gibt. Das Serum unserer Patientin baute Schleimhaut des Dickdarms und Ileums ab, dagegen nicht Karzinom und Schleimhaut des Wurmfortsatzes und der Niere. Die Abderhaldensche Reaktion eröffnet also auch für die bisweilen schwierige Ausgangsdiagnose derartiger Tumoren bedeutungsvolle Aussichten.

II.

Eine andere Lokalisation der Tuberkulose sind die Mesenterialdrüsen. Als Teilerscheinung einer allgemeinen oder Darmtuberkulose ist sie seit langem bekannt. Die isolierte Mesenterialtuberkulose dagegen ist als selbständiges Krankheitsbild mit charakteristischen Symptomen erst seit kurzem beschrieben. Sie gehört zu den Krankheiten, deren Kenntnis wir der Chirurgie verdanken.

Zum ersten Mal wurde sie 1892 von Bier beobachtet. Seitdem sind in der chirurgischen Literatur schon über 60 Fälle beschrieben worden. Neben deutschen Autoren haben besonders französische und englische diesem Gebiete ihr Interesse zugewandt. Ein Norweger Floderus hat 1912 eine zusammenfassende Arbeit über die bis dahin zerstreut mitgeteilten Fälle veröffentlicht. Eingehend berichten Mächtle, Schlößmann und Thiemann über die Krankheit. Ferner ist über sie auf dem norddeutschen Chirurgentag in Lübeck 1913 und auf dem diesjährigen Chirurgenkongreß in Berlin verhandelt worden.

Zwei kürzlich in der hiesigen chirurgischen Klinik beobachteten Fälle geben mir Gelegenheit auf dies bisher noch wenig bekannte Leiden hinzuweisen.

Fall I. A. B., 15 Jahre alt, wurde unter der Diagnose akute Blinddarmentzündung eingeliefert.

Die Erhebung der Anamnese ergibt, daß Patient bis vor drei Tagen immer gesund gewesen ist. Er ist plötzlich mit Schmerzen, die anfangs im ganzen Leib, später in der rechten unteren Bauchseite em-

pfunden wurden, erkrankt. Es tritt dreimaliges Erbrechen auf.

Bei der Aufnahme wird bei dem sonst organgesunden Patienten folgender Befund aufgenommen:

Das Abdomen ist nicht aufgetrieben. Die Blinddarmgegend ist ziemlich druckschmerzhaft. Hier fühlt man eine scharfumschriebene, harte, deutlich prominierende Resistenz. Es besteht nur leichte Muskelspannung rechts. Der Rektalbefund ist negativ. Der Puls schwankt zwischen 90 und 105. Fieber besteht nicht.

Da es sich um einen gut abgegrenzten und scheinbar in Rückbildung begriffenen perityphlitischen Blinddarmprozeß handelt, wird zunächst abgewartet. Da jedoch nach zwei Wochen die Resistenz sich kaum merklich verändert hat, und noch immer Druckschmerzhaftigkeit besteht, wird operiert. Bei Eröffnung des Peritoneums entleert sich klare hellgelbe Flüssigkeit. An einigen Stellen sieht man auf Zoekum und Ileum feinste fibrinöse Auflagen. Der Wurmfortsatz zeigt nur leichte Verdickung und Rötung. Er wird exstirpiert. Dagegen fühlt man medial vom Zoekum einen hühnereigroßen Tumor, der sich bei genauer Untersuchung als ein großes Lymphknotenpaket erweist. Beim Versuch dasselbe vorzuziehen, reißt ein etwa wallnußgroßer Abszeß ein, und es entleert sich dicker, rahmiger, nicht stinkender Eiter. Bei genauer Untersuchung gewahrt man jetzt in den Drüsen Knötchenbildung und verkäste Stellen. In der Nachbarschaft zeigt das Peritoneum einige kleine sichere Tuberkel. Im Übrigen ergibt sich sonst nir-

gends ein Zeichen von Tuberkulose. Insonderheit sind am Darm keine Tuberkel oder Ulcera nachzuweisen.

Patient wird einige Wochen später beschwerdefrei entlassen.

Fall II. A. Pf., 21 Jahre. Mit 17 Jahren Blinddarmoperation. Vor einem Jahre wurde sie wegen rechtsseitiger Nephrolitiasis in unserer Klinik erfolgreich operiert. Jedoch traten einige Zeit später die alten Beschwerden wieder auf. Auswärts wurde in der Annahme, daß auch in der linken Niere sich ein Stein gebildet habe, operiert. Die Niere soll damals exstirpiert worden sein, ohne daß ein Stein oder Zeichen einer Tuberkulose gefunden wurden. Wegen Verdachtes einer tuberkulösen Darmerkrankung wurde Patientin längere Zeit mit Tuberkulin behandelt. Da sie immer elender wurde, und die Schmerzen dauernd oder in Form von Attacken sich mehrten, und da gleichzeitig Fieber bestand, in die hiesige chirurgische Klinik verlegt. Hier wurde folgender Befund aufgenommen.

Es handelt sich um ein 21jähriges Mädchen, in stark reduziertem Kräfte- und Ernährungszustande. Die Haut ist außerordentlich blaß und durchscheinend. Es besteht fast dauernd Temperatursteigerung bis 39^0, der Puls ist ziemlich klein, weich, zwischen 100 und 120. Patientin klagt fast dauernd über Schmerzen, die sie in der linken unteren Bauchgegend und um den Nabel herum lokalisiert. Hier fühlt man in der linken fossa iliaca eine etwa aprikosengroße unsichere Resistenz, die auf Druck sehr schmerzhaft ist. Eine genaue interne Untersuchung des Darmes ergibt nichts

krankhaftes. Cystoskopisch werden ein normaler Blasenbefund und normale Funktion der rechten Niere festgestellt. Die Uretersondierung ergibt rechts völlige Durchgängigkeit, links dagegen gelangt man in der Höhe der linea innominata pelvis auf ein Hindernis. Beim Sondieren quillt aus dem linken Harnleiter neben dem Ureterkatheter wolkenartig etwas trüber Inhalt heraus. Die Röntgenaufnahme der mit Katheter versehenen Harnleiter zeigt bis auf eine geringe Erweiterung des linken Ureters in der Höhe der linea innominata nichts besonderes.

In der Annahme, daß die fühlbare Resistenz einem periureteralem Stumpfexudat entspricht, wird die extraperitoneale Exstirpation des linken Ureters ausgeführt. Dabei wird nirgends ein Abszeß gefunden. Histologisch ergibt sich eine geringe chronische Ureteritis, keine Zeichen von Tuberkulose.

Patientin übersteht die Operation glatt, jedoch bleibt der Zustand derselbe.

Nach etwa zwei Wochen wird deshalb unter dem Verdacht einer isolierten Mesenteriallymphknotentuberkulose laparotomiert.

Es findet sich ein sehr langes und bewegliches Zoekum, das ins kleine Becken hinabreichend, sich bis in die Gegend der fossa iliaca sinistra erstreckt. In seinem Mesenterium fühlt man jetzt einen über pflaumengroßen Tumor, der aus einer Anzahl mit einander verbackenen Lymphknoten gebildet ist. Bei der Exstirpation desselben müssen einige Äste der arteria ileocolica unterbunden werden. Infolgedessen muß wegen Gefahr von Darmgangren eine resectio ileocoecalis angeschlossen werden.

Nach dem Eingriff sind die von der Patientin früher geäußerten Schmerzen verschwunden.

Am neunten Tag Exitus. An Peritonitis infolge Nahtinsuffiziens.

Bei der Sektion zeigt sich bis auf eine verkalkte Bronchialdrüse keine Tuberkulose. Auch die genaue Untersuchung des resizierten Darmes ergibt nirgends Zeichen tuberkulöser Veränderungen. Dagegen weisen die exstirpierten Lympkknoten ältere vernarbende und frischere Tuberkel auf.

Diese beiden Fälle ergaben also bei der Operation das Vorhandensein einer isolierten Mesenterialtuberkulose. Sie ist als die alleinige Ursache des Leidens anzusprechen, da die Operation die Beschwerden völlig beseitigte.

Die isolierte Mesenterialtuberkulose äußert sich unter dem Bilde uns bekannter Krankheiten und ist meistens erst bei der Operation richtig erkannt worden. Sie wird ebenso wie die Ileozoekaltuberkulose mit Appendizitis und Ileus verwechselt.

Ein Teil der Patienten ist angeblich bis zu dem Beginn der Erkrankung immer gesund gewesen. Ohne irgendwelche Vorboten treten unter Fieber und Pulssteigerung Schmerzen in der Blinddarmgegend auf. Die Untersuchung ergibt im rechten Unterbauch eine druckschmerzhafte, tumorartige Resistenz.

So war es auch bei unserm Fall I. Anamnese und Befund sprachen scheinbar ganz eindeutig für Appendizitis acuta.

Wenn wir jedoch rückblickend uns Rechenschaft zu geben suchen, ob und wie sich die falsche Dia-

gnose hätte vermeiden lassen können, dann finden wir einige Tatsachen, die uns hätten stutzig machen müssen. Es besteht hier ähnlich wie bei der Ileozoekaltuberkulose ausgeführt, ein gewisser Gegensatz zwischen dem objektiven Befund eines so scharf umschriebenen Tumors und der Angabe, daß die Krankheit erst vor drei Tagen begonnen hat. Außerdem pflegt ein perityphlitisches Infiltrat am dritten Tage den Allgemeinzustand stark zu beeinflussen. Unser Patient machte keinen schwerleidenden Eindruck. Auch der weitere Verlauf hätte sich anders gestalten müssen. Wir hatten Gelegenheit ihn zu beobachten, da eine sofortige Operation, in der Annahme, daß es sich um einen schon abgegrenzten Prozeß handele, für nicht nötig erachtet wurde. In dieser Zeit konnten wir weder eine Größenzunahme des Tumors mit Verschlimmerung des Krankheitsbildes noch eine Verkleinerung mit Rückgang der Allgemeinerscheinungen konstatieren. Die eben ausgeführten Tatsachen werden wohl schwerlich für sich allein zu der richtigen Diagnose führen. Jedoch zeigen sie, wie wichtig es ist einer derartigen Inkongruenz der Symptome bei Appendizitis mehr Beachtung zu schenken.

Die Lage des Tumors wird wohl nur selten für die Diagnose ausschlaggebend sein, da Blinddarmabszesse sich sehr verschieden lokalisieren können. Die sonst in der Literatur angegebenen diagnostischen Merkmale scheinen mir praktisch keine wesentliche Bedeutung zu besitzen, da sie sich wohl nur selten einigermaßen sicher und eindeutig feststellen lassen werden.

Von entscheidendem Wert für die Diagnose, bzw. für das Ausschließen einer Appendizitis ist es, wenn der Nachweis gelingt, daß der Tumor sich aus mehreren Knoten zusammensetzt.

Der andere Teil der Patienten erkrankt unter dem Bilde des akuten Darmverschlusses. Meistens wurde die Diagnose auf Invagination oder auf Darmtumor gestellt. Viele von den Kranken werden im ersten Anfall operiert. Bei anderen wie bei unserem Fall II sind die Erscheinungen zuerst nicht so bedrohlich, und es entwickelt sich ein mehr oder weniger langes Leiden, daß sich durch starke Schmerzanfälle, häufiges Erbrechen, Stuhl- und Windverhaltung charakterisiert. Objektiv wird fast immer ein Tumor in der rechten unteren Bauchgegend festgestellt. Nur in einigen Fällen gelang es eine mehrknollige Beschaffenheit der Geschwulst oder sogar einen nach der Wirbelsäule gerichteten Stiel nachzuweisen (Mächtle, Stark).

Die diagnostischen Schwierigkeiten decken sich mit denen, die ich bei der Ileozoekaltuberkulose abgehandelt habe. Trotzdem möchte ich den Fall II, da er auch sonst in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert ist, als Beitrag zur Kenntnis der isolierten Mesenterialtuberkulose ausführlicher behandeln.

Der Beginn des Leidens wird durch eine vorhergehende Nierensteinoperation verschleiert. Die Epikrise des Krankheitsverlaufes ergibt jedoch mit Wahrscheinlichkeit, daß die Beschwerden, die nach der rechtsseitigen Nierensteinoperation auftraten, schon ihre Ursache in der Mesenterialtuberkulose haben mußten. Von der anderen Niere konnten die Erschei-

nungen nicht ausgegangen sein, denn die Untersuchung derselben nach der auswärts ausgeführten Exstirpation ergab einen normalen Befund, und der Eingriff hatte keinerlei Einfluß auf das Leiden.

Die Beschwerden bestanden in allgemeiner Mattigkeit und Schmerzen, hauptsächlich in der linken Seite. Sie hatten einen stechenden kolikartigen Charakter und strahlten nach dem Nabel und Rücken zu aus. Zeitweise, häufig täglich, steigerten sie sich; es traten unter Fiebersteigerung Übelkeit, Erbrechen, Verhinderung des Windabganges und Stuhlverhaltung auf, sodaß ein ileusartiges Bild vorgetäuscht wurde. Jedoch kam es niemals zu einem kompletten Darmverschluß.

Diesem schweren subjektiven Krankheitsbilde stand ein relativ dürftiger objektiver Befund gegenüber. Außer der auffallenden Blässe und dem zunehmenden Kräfteverfall fand man nur eine unbestimmte, tumorartige kleinapfelgroße Resistenz in der Gegend der linken fossa iliaca. Bei den Schmerzanfällen wurde keine Bauchdeckenspannung beobachtet, nur war die Druckschmerzhaftigkeit außerordentlich lebhaft. Die Temperatur zeigte eine allmählich ansteigende Tendenz und deutlich remittierenden Charakter. Im Stuhlgang wurde niemals Blut gefunden. Die Röntgenuntersuchung des Magen-Darmkanals ergab keinen pathologischen Befund.

Die Erklärung dieses Krankheitsbildes bzw. die Diagnose war sehr schwierig. Das bestehende Fieber machte die Annahme einer entzündlichen Ursache wahrscheinlich. Die ileusartigen Attacken schienen auf den Darm als Sitz des Krankheitsprozesses hinzudeu-

ten. Da die Tuberkulininjektion positiv war, lag es nahe, die in der linken fossa iliaca fühlbare Resistenz als tuberkulösen Kolontumor aufzufassen. Dagegen sprach jedoch der Röntgenbefund, der nirgends eine Verengerung des Darmlumens erkennen ließ.

Man hätte auch an Störungen der Darmpassage, herrührend von Adhäsionen nach der früheren Appendektomie denken können; dadurch wären aber die hohen Temperatursteigerungen nicht erklärt gewesen.

Die Tatsache, daß die linke Niere exstirpiert worden und die schmerzhafte Resistenz in dem Gebiete des linken Harnleiters fühlbar war, legte die Vermutung eines Exudats am Ureterstumpf nahe. Darin bestärkte das Ergebnis der Cystoskopie, die auf eine chronische Ureteritis hinwies.

Bei der extraperitonealen Exstirpation des Harnleiters fand sich jedoch nirgends ein Abszeß und die leichte Ureteritis konnte nicht die Ursache des schweren Krankheitsbildes sein. Eine Untersuchung der Abdominalorgane intra operationem mußte unterlassen werden, da der elende Kräftezustand der Patientin eine Verlängerung des an sich schon schwierigen Eingriffes verbot.

Nach der erfolglos ausgeführten Operation drängte sich mir, da alle übrigen in Betracht kommenden Krankheiten auszuschließen waren, in Erinnerung an einige in der Literatur gelesenen Fälle der Verdacht auf, daß bei der Patientin die sogenannte isolierte Mesenterialtuberkulose vorliegen könne. In der Tat mußte diese Annahme die Krankheitserscheinungen erklären. Auffällig erschien zunächst die Lage des Tumors auf der linken Seite, wenn sich auch schon

in den bisherigen Veröffentlichungen einige Fälle finden, in denen nicht wie sonst die Ileozoekalgegend erkrankt war, sondern das mesocolon descendens. Die Operation aber unseres Falles zeigte, daß der links fühlbare Tumor doch einem Lymphdrüsenpaket entsprach, das der Ileozoekalgegend angehörte und nur infolge des sehr langen und beweglichen Zoekums sich nach links hinüber gelagert hatte.

Meine Behauptung, daß die isolierte Mesenterialtuberkulose dem Leiden zugrunde liegt, stützt sich nicht allein auf die Übereinstimmung des vorliegenden Krankheitsbildes mit denen in der Literatur veröffentlichten Fällen, sie erhält ihre Bestätigung durch die Tatsache, daß nach der Operation die typischen Beschwerden aufhörten.

Wiederholt ist der Einwand gemacht worden, daß es sich bei der geschilderten Erkrankung gar nicht um eine primäre Mesenterialtuberkulose handelt, sondern um eine Teilerscheinung einer Darmtuberkulose. Dieses erscheint Fällen wie unserem I. gegenüber durchaus berechtigt. Bei der operativen Autopsie ist eine völlige Absuchung des ganzen Abdomens, ein sicherer Beweis von Fehlen einer Darmtuberkulose überhaupt nicht möglich. Jedoch liegen zur Zeit schon einige pathologisch-anatomische und histologische Nachprüfungen vor (Mächtle, Schlößmann, Thiemann) die entweder an bei der Operation mitresezierten Darmteilen oder auf dem Sektionstisch nirgends eine andere tuberkulöse Herderkrankung nachweisen konnten. Bei unserm Fall ergab die makroskopische und mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Lymphdrüsen sichere ältere und frischere

Tuberkulose, während sich in dem operativ entfernten Darm nirgends Spuren einer solchen fanden. Auch bei der Sektion konnte außer einem alten verkalkten Bronchiallymphknoten keine Tuberkulose festgestellt werden. Es handelt sich somit tatsächlich um eine isolierte Tuberkulose des Mesenteriums.

Die Bezeichnung primär, die in der Literatur vielfach gebraucht wird, erscheint mir nicht zweckmäßig, da bisher der Beweis für den primären Charakter nicht erbracht ist. Vielmehr möchte ich der Ansicht beipflichten, daß die Lymphknoten trotz des Fehlens von tuberkulösen Darmgeschwüren auf enterogenem Wege infiziert worden sind. Die Behauptung setzt die Annahme voraus, daß die intakte Darmwand von Bakterien passiert werden kann. Schon Schlößmann u. A. weisen darauf hin, daß das Zoekum bzw. sein Lymphgefäßgebiet hierfür besonders disponiert erscheint. Findet sich doch schon normaler Weise in diesem Darmabschnitt ein längeres Verweilen des Inhalts und eine intensive Resorption statt.

Ganz besonders günstig hierfür lagen in meinem Fall die lokalen Verhältnisse, da das abnorm lange Zoekum naturgemäß einer Stagnation des Darminhaltes Vorschub leisten mußte.

Alle diese Erklärungsversuche des pathologisch-anatomischen Zustandekommens der Krankheit, möchte ich nicht als abgeschlossen und bewiesen hinstellen.

Auch klinisch bietet die Mesenterialtuberkulose Merkwürdigkeiten. Während sie als Begleiterscheinung einer Darmtuberkulose völlig symptomlos zu verlaufen pflegt, sehen wir bei ihrem isolierten Auftreten die geschilderten Schmerzattacken. Eine be-

friedigende Erklärung für diese auffällige Tatsache liegt zur Zeit nicht vor. Daß durch die entzündliche Mitbeteiligung des Peritonealüberzuges Beschwerden entstehen können, worauf Thiemann und Schlößmann hinweisen, ist sicher. Wie diese Schmerzen aber von verkalkten Lymphknoten ausgelöst werden können, — Bier, Körte u. A. haben es beobachtet — erscheint völlig unklar. Vielleicht werden sie durch Spasmen des Darmes hervorgerufen.

Die Therapie ist in den bisher veröffentlichten Fällen immer eine operative gewesen, was selbstverständlich ist, da ohne dieselbe die Diagnose nicht möglich gewesen wäre.

Das therapeutische Vorgehen war ein verschiedenes. Die einen eröffneten etwa vorhande Abszesse und kratzten dieselben aus, wie in unserem Fall I. In anderen Fällen wurden die Lymphknoten insgesamt exstirpiert. Wiederholt ist eine Resektion des zugehörigen Darmabschnittes in der Annahme, daß dieser in einem Zusammenhange mit der Krankheit stünde, ausgeführt worden. In meinem Fall II mußte ich sie vornehmen, weil infolge der Unterbindung einiger Äste der arteria ileocolica bei der Exstirpation der Lymphknoten die Ernährung des zugehörigen Darmabschnittes gestört worden war.

In fast allen Fällen wurde nach der Operation Heilung des Leidens beobachtet. Die Beschwerden traten nicht mehr auf. Auch in meinem Fall erlaubt meines Erachtens die einwöchentliche Beobachtung festzustellen, daß die Schmerzanfälle unter denen die Patientin bis dahin täglich außerordentlich zu leiden hatte, wegblieben.

Schluss.

Meine Ausführungen haben gezeigt, wie schwierig die Unterscheidung der Ileozoekal- und Mesenterialtuberkulose von den ihnen ähnlichen Krankheitsbildern, der Appendizitis und den zu Ileus führenden Darmaffektionen ist. Sie haben jedoch, wie ich hoffe erwiesen, daß es einer sorgfältigen klinischen Beobachtung und kritischer Durcharbeitung der Fälle gelingen kann, Anhaltspunkte, die auf die richtige Diagnose hinführen, zu gewinnen. Noch schwieriger kann diese werden, wenn differentialdiagnostisch noch andere Organe in Betracht kommen. Eingehende Untersuchungen hierüber sind im Gange. Da sie jedoch zur Stunde noch nicht abgeschlossen sind, habe ich mich in dieser Arbeit auf das besprochene Teilgebiet beschränkt.